

Université René Descartes- Paris 5

Faculté Cochin-Port Royal

Lutte contre la carence en vitamine C :  
Les moyens d'action du médecin coordonnateur

GAULIER Christine

D.I.U. MEDECIN COORDONNATEUR D'EHPAD

2010/2011

Directrice de mémoire Dr GUIOT Sandra

## SOMMAIRE :

### **INTRODUCTION**

### **VITAMINE C ET SCORBUT : BIOLOGIE ET CLINIQUE**

#### **PHYSIOLOGIE DE LA VITAMINE C**

#### **LE SCORBUT**

### **A PROPOS D'UN CAS DE SCORBUT : LE ROLE DU MEDECIN COORDONNATEUR**

#### **AU DEPART : UN CAS DE SCORBUT EN EHPAD**

#### **OBJECTIFS DE LA PRISE EN CHARGE**

#### **ACTIONS MENEES**

### **DISCUSSION**

### **CONCLUSION**

## **INTRODUCTION :**

La population âgée est particulièrement exposée à la carence en vitamine C. Ce risque de carence est augmenté par la présence de troubles cognitifs et de troubles de la mastication et de la déglutition. Il semble donc légitime de sensibiliser les différents acteurs de l'EHPAD (hôtellerie et équipe soignante) au sur-risque de carence en vitamine C encouru par les résidents de l'institution.

Les signes de la carence en vitamine C sont peu spécifiques : asthénie, douleurs ostéo articulaires, folliculite hyperkératosique, ecchymose évoquant une vascularite, défaut de cicatrisation... jusqu'au scorbut. Le traitement par vitamine C de synthèse, une fois le diagnostic établi, est simple et très rapidement efficace.

D'autre part les effets bénéfiques de la vitamine C font l'objet de nombreuses études :

- action anti oxydante,
- effet protecteur contre le cancer,
- stimulation de l'immunité de la cicatrisation,
- rôle dans la synthèse du collagène,
- rôle dans le métabolisme du fer,
- influence sur le vieillissement cérébral...

Ces propriétés sont détournées à des fins commerciales entraînant son classement en médicament de « confort » non remboursé.

Le médecin coordonnateur de l' EHPAD peut intervenir sur :

- La prévention par la diététique « commission menu »
- Le dépistage précoce des carences
- L'enquête alimentaire : au cours de la recherche de dénutrition dépister une carence apport en vitamine C
- Le diagnostic de scorbut (y penser !)
- Le traitement de la carence : adaptation de l'alimentation ou supplémentation par comprimés (par le médecin traitant)
- Sensibilisation et formation des équipes au dépistage du scorbut et à l'importance de l'apport suffisant en vitamine C au quotidien

A l'occasion de l'observation d'un cas de scorbut dans une EHPAD hospitalière rattachée à une USLD, j'ai été amenée à réfléchir, avec la gériatre de l'USLD, au dépistage , à la compréhension des causes et à la mise en place de la prévention des carences en vitamine C dans notre institution.

# VITAMINE C ET SCORBUT : BIOLOGIE ET CLINIQUE

## PHYSIOLOGIE DE LA VITAMINE C

La gravité et le caractère non spécifique du tableau clinique qui se manifeste en cas de carence en vitamine C, s'expliquent par le rôle que joue la vitamine C dans de nombreux tissus.

Le scorbut se rencontre encore dans les pays industrialisés et pour le prévenir il faut connaître certaines propriétés biologiques de la vitamine C.

La vitamine C (ou acide ascorbique) est hydrosoluble et d'origine exclusivement alimentaire.

La vitamine C est très fragile, elle se dégrade par auto oxydation au contact de l'air et de la lumière. Elle est sensible à l'humidité (de par son hydrosolubilité), à la chaleur (posant le problème de la cuisson prolongée, du maintien au chaud, du réchauffage des aliments quand la cuisine est éloignée de la salle de restauration) et à la congélation. Le stockage des aliments pour garantir une teneur optimale en vitamine C doit se faire à l'abri de l'air, de la lumière et de l'humidité. Les fruits et légumes frais doivent être consommés le plus vite possible après récolte. Toutes ces contraintes sont difficiles à concilier avec les exigences suggérées par l'HACCP en institution.

N'ayant pas l'enzyme nécessaire, l'Homme ne synthétise pas lui-même l'acide ascorbique à partir du glucose. Il doit trouver cette vitamine indispensable dans son alimentation. D'autre part l'organisme ne stocke

pas la vitamine C, il faut donc un apport régulier pour prévenir cette carence.

On trouve la vitamine C dans les fruits frais et les légumes essentiellement, dans une moindre mesure dans la pomme de terre cuite et le pain (voir tableaux)

### Sources alimentaires de vitamine C (Base de données Ciqua)

#### Fruits et légumes crus

Produits	mg/100 g
cassis, persil frais, poivron rouge	160-200
poivron vert, radis noir	100-150
kiwi, poivron vert	70-100
fraise, litchi, cresson, ciboulette fraîche	60-70
orange et jus frais, citron, chou fleur, chou rouge	50-60
oseille, mangue, groseille, citron vert, clémentine, mandarine, épinard	40-50
pamplemousse et jus frais, mâche, jus de citron ou citron vert frais, laitue, cerfeuil, ail, mûre noire	30-40
melon, fruit de la passion, nectarine, mûre, framboise, myrtille, jus d'orange ou de pamplemousse à base de concentré, jus de citron pasteurisé, radis, courgette	20-30

### Aliments cuits

Produits	mg/100 g
poivron rouge	100-150
poivron vert	70-100
chou de Bruxelles, brocoli, ris de veau	50-60
chou fleur, chou rouge, oseille, soupe aux légumes	30-40
chou vert, ratatouille niçoise, foie de veau, foie de génisse	20-30

### RÉPARTITION SELON LES SOURCES ALIMENTAIRES EN FRANCE

Légumes et fruits frais	69 à 73% des apports en vit. C
Pomme de terre, pain, céréales	12 à 22 %
Produits laitiers	3 à 4%
Viandes, œufs, poissons	1 à 2%

La vitamine C est absorbée par l'intestin grêle, le transporteur est saturable (inutile de consommer des grandes quantités), ce mécanisme peut être inactivé par l'acide acétylsalicylique, ou diminué par certaines maladies inflammatoires du tube digestif. L'élimination est essentiellement rénale.

La vitamine C se répartit dans de nombreux tissus où elle participe à de nombreux mécanismes d'oxydoréduction (hypophyse, glandes

surrénales, leucocytes, œil, cerveau ...). Elle est peu présente dans le plasma. Le pool de l'organisme est environ 1500 mg. On considère que les premiers signes cliniques de carence apparaissent lorsque ce pool est en dessous de 350 mg.

Les besoins ou apports recommandés en vitamine C sont de **60 mg/j à 120mg/j** (voir tableau), pour maintenir le pool dans l'organisme. La carence est inévitable si ces apports sont en dessous de 10 mg/j (au bout de 3 mois).

#### **Apports nutritionnels conseillés en vitamine C pour la population française**

<b>Tranche d'âge</b>	<b>Apports conseillés (mg/jour)</b>
Nourrissons	50
Enfants 1-3 ans	60
Enfants 4-6 ans	75
Enfants 7-9 ans	90
Enfants 10-12 ans	100
Adolescents 13-19 ans	110
Adultes 20-60 ans	110
Femmes enceintes	120
Femmes allaitantes	130
Personnes âgées	120

Les personnes âgées présentent un risque accru de carence en vitamine C (de nombreuses études concluent à l'intérêt d'un dosage plus systématique de la vitamine C en gériatrie), les alcooliques, les patients ayant un régime déséquilibré (allergie, pyrosis ...), les patients atteints de trouble de mastication et déglutition, les patients atteints de pathologies psychiatriques, les hémodialysés également. Les patients

sous aspirine peuvent présenter une carence en vitamine C puisque l'acide acétyl salicylique inhibe l'absorption de la vitamine.

La vitamine C peut faire l'objet d'un dosage plasmatique qui nécessite des précautions particulières: temps court entre le prélèvement et l'analyse, stockage dans l'obscurité sous vaseline et centrifugation dans les trente minutes puis congélation, il se réalise en pratique courante. Cependant il ne reflète pas fidèlement la concentration de vitamine C dans les tissus, seul le dosage de la vitamine C intra-leucocytaire est totalement représentatif du pool de l'organisme, mais il n'est pas réalisable en pratique courante. Un taux de vitamine C plasmatique inférieur à 10 micromol/L permet de faire le diagnostic d'un déficit franc.

## **LE SCORBUT**

C'est la maladie, pouvant mener au décès, qui découle de la carence en vitamine C.

Cette carence intervient par insuffisance d'apport (régime anarchique, anorexie, trouble du goût ...) diminution de l'absorption (maladie du tube digestif, interaction médicamenteuse), augmentation des besoins (infection, escarre, hypercatabolisme) ou augmentation de l'élimination (hémodialyse)

Les premiers signes cliniques de scorbut se manifestent après 1 à 3 mois de carence d'apport absolue. En cas de régime totalement carencé le taux de vitamine C est nul au 41<sup>ème</sup> jour, la déplétion cellulaire est atteinte au 121<sup>ème</sup> jour et les signes cliniques apparaissent au 132<sup>ème</sup> jour

Le tableau clinique est peu spécifique et s'enrichit progressivement. Les signes généraux sont l'asthénie, la faiblesse musculaire, des douleurs ostéo-articulaires, des œdèmes des membres inférieurs, un syndrome dépressif, la dyspnée... Les signes cutanéomuqueux sont plus évocateurs : folliculite hyperkératosique, syndrome sec, cheveux secs et cassants, alopecie, poils en « tire bouchon », acné inflammatoire, hyperpigmentation du visage pseudo addisonienne, anomalie de la cicatrisation, gingivite hypertrophique... Le syndrome hémorragique est plus tardif : purpura pétéchial centré sur les follicules pileux, hémarthrose hématoméuse, épistaxis ... A la phase terminale de la maladie, survient une disparition des défenses immunitaires aboutissant à des surinfections, la cachexie puis la mort.

Le diagnostic est confirmé biologiquement par un taux plasmatique de vitamine C inférieur à 10 micromol/L, mais il faut relativiser ce marqueur. Il existe des faux négatifs en cas d'apport alimentaire récent (le taux plasmatique est rapidement corrigé alors que persiste la déplétion cellulaire) et des faux positifs (par non respect des conditions de prélèvement).

Le traitement du scorbut est simple : 1 gramme/j de vitamine C de synthèse, réparti en deux prises, permet la disparition des signes cliniques en 15 jours. Il peut même être un test diagnostic !

Un apport ne dépassant pas 1g/j de vitamine C n'expose pas le patient à des effets indésirables.

La prévention du scorbut doit se faire essentiellement par une alimentation riche en vitamine C ou une supplémentation systématique quotidienne si les mesures diététiques ne peuvent pas être appliquées.

# **A PROPOS D'UN CAS DE SCORBUT : LE ROLE DU MEDECIN COORDONNATEUR**

## **AU DEPART : UN CAS DE SCORBUT EN EHPAD**

L'EHPAD en question est une ancienne USLD. Il s'agit d'une institution publique qui se compose de 80 lits répartis sur 4 étages. Elle est rattachée à un hôpital général (ancien hôpital local avec service de médecine, SSR, USLD et CMPR)

La transformation en EHPAD est récente et les résidents n'ont pas de médecin traitant. Les problèmes ponctuels sont pris en charge par les médecins salariés de l'hôpital (en attendant un gériatre : le poste est vacant depuis 1 an). Les résidents sont en général très dépendants (deux étages sont en hébergement renforcé).

L'EHPAD bénéficie de l'organisation technique et administrative de l'hôpital. Le directeur de l'hôpital est le directeur de l'EHPAD, l'institution bénéficie du service qualité, du secrétariat, du service social .... comme le reste de l'hôpital. Les services techniques à disposition sont une pharmacie à usage interne avec pharmacienne référente, une lingerie, une cuisine centrale avec un circuit de transport et maintien au chaud des plats, une diététicienne ...

Le cadre organisationnel reste très hospitalier, la transformation du lieu de soin en lieu de vie est difficile à mettre en place.

Le cas de scorbut a été diagnostiqué chez un homme de 72 ans. Ce résident présente une maladie de parkinson avec des troubles de déglutition qui ont motivé son entrée en EHPAD. C'est au décours d'une altération de l'état général avec apparition d'un purpura qu'il a été hospitalisé dans une UGA. Le dosage de vitamine C a permis le diagnostic de scorbut, l'amélioration clinique a été rapide autorisant son retour à l'EHPAD.

Ce diagnostic surprend l'équipe, le scorbut reste, pour tous, la maladie de l'isolement et de l'exclusion.

Ce cas clinique interpelle la gériatre responsable de l'USLD de l'hôpital : tous les patients de l'USLD et résidents de l'EHPAD présentant un purpura (même discret) bénéficient d'un dosage de vitamine C. On dépiste alors 6 nouveaux cas à l'USLD et 2 nouveaux cas dans l'EHPAD.

## **OBJECTIFS DE LA PRISE EN CHARGE**

Ces résultats ne devraient pourtant pas nous surprendre : de nombreuses études alertent sur le risque de carence en vitamine C chez la personne âgée. Une revue de littérature est réalisée (voir bibliographie). Il en ressort deux axes de réflexion, il faut :

- dépister les carences en vitamine C (qui ? comment ? quel traitement ? quel prévention de la récidence ?)
- assurer à tous les résidents un bon apport en vitamine C (par l'alimentation ? par une supplémentation en comprimés ?) avec le souci de rendre compatible nos mesures de prévention avec le plaisir et la convivialité du repas...

Les apports recommandés en vitamine C sont en moyenne de 100mg/j, un apport de 10mg/j suffit à éviter le scorbut. On analyse les repas (normaux, lisses et mixés) pour essayer d'évaluer l'apport en vitamine C au quotidien. On recherche toutes les sources :

- Jus de fruit : il n'y a que du jus d'orange, à teneur garantie, distribué au petit déjeuner et aux collations, l'emballage est adapté. Les briques sont stockées peu de temps et rapidement consommées, il est possible d'épaissir cette boisson, mais il n'y a qu'un seul parfum. La moitié des résidents n'en prennent pas tous les jours
- Fruits frais : il n'y qu'un seul fruit par jour au menu. Ils ne sont souvent pas assez murs et souvent durs. La proposition est peu variée sur les fruits de saison, pour les régimes lisses ou mixés les fruits sont préparés la veille.... la teneur en vitamine C n'est donc plus garantie...
- Les compotes : environ 10mg par pot mais là encore une seule variété : compote de pomme.
- Légumes cuits : la chaîne de préparation et de réchauffage ne garantit pas non plus la teneur en vitamine C
- Le pain, les céréales... c'est pour certains le seul apport possible !  
A noter le matin pour les résidents qui présentent des troubles de déglutitions et une anorexie, la distribution d'un bol de céréale type « diase » de Gallia apportant 35 mg de vitamine C pour 100g de céréale. Ce petit déjeuner est très apprécié des résidents.

Ces informations sont recueillies à la lecture des menus et en interviewant les aides soignantes et le personnel qui aident aux repas.

Il ressort de cette recherche que l'apport en vitamine C recommandé n'est pas assuré et que quelques uns des patients qui mangent en régime lisse ou mixé peuvent se trouver en carence car les aliments proposés sont peu variés.

Deux moyens d'agir sont envisageables, la prise de vitamine C en comprimé au quotidien pour tous les patients dont l'apport alimentaire actuel semble insuffisant, ou une intervention sur la composition des menus.

Une autre question se pose, comment dépister le risque de carence en vitamine C : des dosages systématiques ? (Environ 40 euros par dosage !), un interrogatoire alimentaire ? Faut-il organiser une surveillance clinique systématique de la carence avérée ?

La recherche d'un meilleur apport en vitamine C par l'alimentation ne peut il pas être aussi le moyen d'améliorer le plaisir et la convivialité des repas (absence de cuisine sur place) ?

## **ACTIONS MENEES**

Une réunion est organisée entre la gériatre, la pharmacienne, le chef de la cuisine, la responsable qualité et moi même (la diététicienne est absente).

L'avis de la diététicienne est pris avant cette réunion, l'apport en vitamine C quotidien n'est pas calculé dans les menus, elle ne voit pas comment changer l'alimentation actuelle, elle oppose les fortes contraintes budgétaires à nos propositions.

La pharmacienne a réalisé une étude : pour 100 patients un apport en comprimé de 500mg/j pour un an représente un budget de 3500 euros/an qui lui paraît tout à fait acceptable, elle étudie aussi les compléments poly vitaminés. A noter les vitamines sont des médicaments de confort non remboursés.

Le cuisinier en chef est très intéressé par notre démarche, il est prêt à donner plus de fruits afin de pouvoir proposer des fruits le matin et le soir. Il explique que le soir la priorité est donnée à l'apport protéique. Il y a donc un yaourt aromatisé, un fromage frais et un flan enrichi au dessert !

Pour la qualité des fruits et la diversité, il nous explique qu'il se fournit à Rungis à des prix très concurrentiels, il essaie de faire murir les fruits avant de les servir. Les fruits des régimes lisses et mixés sont préparés la veille et il est impossible de s'organiser autrement. Les jus de fruits font l'objet d'un marché qui est négocié jusqu' en 2013. Il est tout à fait possible de diversifier les parfums des compotes.

La responsable qualité note les conclusions de cette réunion et interviendra au niveau de la responsable des achats pour la commande de plus de fruits, et la diversification des compotes.

De retour dans le service, je rends compte à l'équipe très intéressée par la possibilité d'améliorer la diversité des desserts, les conclusions de la réunion. Nous décidons de proposer un atelier « smoothie » avec l'animatrice. Une fois par semaine la cuisine fournira les fruits, un atelier préparation des fruits est proposé le matin, les cocktails de fruits seront servis en apéritif avant le déjeuner.

## DISCUSSION

Cette réunion ayant eu lieu début août, je décide de faire un point sur les actions mises en place : début septembre, on propose plus souvent des fruits aux résidents. Un CODIR devant valider les achats, et le surcoût engendré (15 euros par mois !), les compotes aux autres parfums ne sont pas dans les services. On prescrit moins de flan hyperprotéique (la poudre d'œuf est privilégiée). L'atelier smoothie se déroule une fois par semaine et rencontre un franc succès auprès des résidents, des familles et il anime l'esprit d'équipe. Aucun nouveau cas de scorbut n'a été diagnostiqué (le temps est trop court). Les patients qui présentaient un scorbut sont toujours sous vitamine C comprimé 500mg/j.

On constate que l'efficacité de la mesure proposée dépend essentiellement de la personne qui la met en place (il est difficile de changer les produits commandés via l'économat, il est facile et rapide d'obtenir plus de fruits en cuisine, l'atelier smoothie a été organisé en moins de 15 jours !)

Il est toujours aussi difficile de quantifier les apports en vitamine C et de savoir si l'on approche des apports journaliers recommandés pour tous les résidents et dans tous les types de menus. L'interrogatoire alimentaire est souvent peu contributif et permet rarement de faire le diagnostic.

La question des autres moyens à mettre en place pour mieux dépister les carences en vitamine C se pose :

- Des agents de la restauration et les aides soignantes qui aident au repas pourraient être formés: où trouve-t-on la vitamine C ? Comment garantir la teneur en vitamine C ?... afin qu'il soit proposé chaque jour à chaque résident un aliment ou un plat apportant de la vitamine C.
- Un item dans la fiche de surveillance alimentaire pourrait être introduit pour identifier les apports en vitamine C.
- Une formation pour les aides soignantes et les infirmières sur les signes cutanéomuqueux du scorbut pourrait être réalisée.
- Les familles pourraient amener de préférence des fruits, des briques de jus de fruit ou des aliments à teneur garantie en vitamine C quand elles veulent amener quelque chose à manger à leurs proches.

On dépiste mieux les patients carencés au stade clinique.

On ne réalise plus de dosage de vitamine C. Ces dosages, utiles dans un premier temps afin de mesurer et cerner le problème de carence en vitamine C dans notre institution, ne semblent plus indispensables au diagnostic. Devant toute suspicion de scorbut, un traitement d'épreuve par vitamine C comprimé est instauré à visée thérapeutique et diagnostic.

Face au problème de carence d'apport en vitamine C rencontrée dans cette EHPAD, et suite à la réflexion menée avec la gériatre, deux axes d'action ont été choisis :

- Le dépistage des signes de scorbut pratiqué en systématique et par toute l'équipe soignante.
- La prévention des carences en vitamine C en privilégiant l'apport alimentaire plutôt que pharmaceutique. Les mesures diététiques ont été définies dans le souci du respect du goût, de la texture des aliments et pour le meilleur confort du résident. La priorité étant que les repas doivent être conviviaux.

La prévention et le dépistage se font avec l'avis, l'accord et la participation de toute l'équipe de l'EHPAD.

## CONCLUSION

Le scorbut, historiquement la maladie du marin, est considéré de nos jours comme une maladie de l'isolement et de l'exclusion...

Il paraît donc surprenant de la rencontrer en EHPAD !

Il ne faut cependant pas oublier que les personnes âgées font partie de la population à risque de développer une carence en vitamine C.

La question qui se pose est de savoir si cette pathologie est couramment rencontrée en EHPAD ? Si l'on peut corrélérer le pourcentage de résidents carencés au GMP ? Au PMP ? L'existence d'une cuisine externalisée est-elle un facteur favorisant les carences ?

La revue de littérature permet de prendre connaissance des cas constatés et de la prise en charge en secteur hospitalier. Toutes ces études de cas de scorbut aboutissent à la supplémentation par vitamine C comprimé. Contrairement à la vitamine D, par exemple, il n'existe pas de recommandation pour le dépistage du scorbut et pour la prévention de la carence en vitamine C en gériatrie (en dehors de l'apport journalier conseillé).

Dans cette observation je propose une prise en charge préventive de la carence en vitamine C, et du dépistage du scorbut, en équipe, et en respectant le lieu de vie que doit être une EHPAD.

Dans l'exemple décrit nous n'avons pas eu à intervenir au près de prescripteurs extérieurs à la structure. Il paraît utile en EHPAD, avec l'intervention de médecins libéraux, de sensibiliser nos confrères au diagnostic de cette affection et de mettre à leur disposition les moyens d'en faire le diagnostic (enquête alimentaire et personnel soignant signalant les troubles trophiques évoquant un scorbut).

La question de la prise en charge financière de la supplémentation en vitamine C comprimé reste entière, ce traitement considéré comme un médicament de confort n'est pas pris en charge.

Même si les actions menées n'ont pas permis d'écartier complètement le risque de scorbut et de garantir un apport optimum en vitamine C à tous les résidents, la réflexion menée a permis de relever quelques incohérences dans la composition des menus et fédérer l'équipe autour d'un sujet concret. Au delà de l'apport en vitamine C les discussions se sont portées sur la diversité des aliments proposés, le goût, la convivialité des repas. Des arguments auxquels les équipes soignantes, proches des résidents au quotidien, sont plus sensibles.

## **BIBLIOGRAPHIE :**

ANTOINE V , MALLET A, BARTHELEMY F.

Carence en vitamine C

La Revue de Gériatrie, Tome 28, N°3 Mars 2003 pages 275-278

COLOMBO R

Etude de la carence en vitamine C dans une population gériatrique hospitalisée

Thèse de médecine, faculté de Nancy, Juin 2001

BEAUNE G, MARTIN C, MARTIN D, DEPLANTE JP, HELUWAERT F, DUCRET F

Penser à doser la vitamine C : à propos de 4 cas ... de scorbut

Ann Biol Clin 2007 ; 65(1) :65-9

ASSENAT Hubert

Toujours actuel

ConcoursMed 2005 v 127 n 9 p 527

GAUCHOTTE CH, MAGNIER G, WANG A

Le scorbut en gériatrie : une pathologie exceptionnelle ?

La Revue de Gériatrie, Tome 25, N°5 Mai 2000 pages 351-354

BAPTISTE N, AUFAURE S, OLIVIER ML, MAUGOURD MF

Vascularite des membres inférieurs révélatrice d'une carence en vitamine C

La Revue de Gériatrie, Tome 29, N°9, Novembre 2004, pages 745-750

GARRIGUET D

Effet de l'usage de suppléments sur l'apport en vitamine C

Statistique Canada, n°82-003-XPF, Rapport sur la santé, vol 21, n°1, Mars 2010

## **RESUME :**

Le scorbut, historiquement la maladie du marin, est considéré de nos jours comme une maladie de l'isolement et de l'exclusion... Il paraît donc surprenant de la rencontrer en EHPAD ! Il ne faut cependant pas oublier que les personnes âgées font partie de la population à risque de développer une carence vitamine C.

Toutes les études de cas de scorbut sont constatées et prises en charge en secteur hospitalier. Elles aboutissent à la supplémentation par vitamine C comprimé. Contrairement à la vitamine D, par exemple, il n'existe pas de recommandation pour le dépistage du scorbut et pour la prévention de la carence en vitamine C en gériatrie (en dehors de l'apport journalier conseillé). Dans cette observation je propose une prise en charge préventive de la carence en vitamine C, et du dépistage du scorbut, en équipe, et en respectant le lieu de vie que doit être une EHPAD.

Mots clés : Scorbut, EHPAD, vitamine C.